SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:00).

La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda del Senado tiene el gusto de recibir al señor ministro de Salud Pública, a la señora subsecretaria y al resto del equipo.

Como ya sabemos, en principio se hace una breve exposición general del inciso, para posteriormente considerar el articulado. A esos efectos, dejamos en uso de la palabra al señor ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Señora presidenta: es un gusto estar en este ámbito para exponer sobre lo relativo a nuestro inciso.

Estamos presentado 10 artículos, que pondremos a consideración de los señores senadores, los que hemos dividido en una serie de bloques. El primero de ellos tiene que ver con los artículos 140 y 141, que están vinculados al organigrama del Ministerio de Salud Pública. Al respecto, queremos decir que se ha puesto mucho énfasis en la creación de la Dirección General de Coordinación, que viene a sustituir a otra ya existente, cuyas competencias pasaron a la Junta Nacional de Salud. Esta Dirección General de Coordinación –que tiene un rol sustantivo en el marco de la profundización de la reforma sanitaria– tiene una serie de competencias, entre las cuales nos interesa señalar –ese es un poco el objeto de los artículos 140 y 141– la articulación con las direcciones departamentales de salud. Estas figuras –que desde alguna forma ya vienen funcionando desde hace más de diez años– no son nuevas en el Ministerio de Salud Pública porque ya existieron en otras administraciones. En el caso de estos períodos de Gobierno, el director o la directora departamental de salud, que es un cargo de confianza, es un poco el referente del ministerio en el territorio y tiene como función, justamente, desarrollar las distintas políticas que promueve el Ministerio de Salud Pública a nivel central y, particularmente, en lo que tiene ver con el control, la fiscalización y la coordinación –aspecto sustantivo que nos tiene muy ocupados– entre los distintos efectores, tanto públicos como privados, en cada uno de sus territorios. Uno de los grandes esfuerzos que se viene haciendo por parte de la autoridad sanitaria tiene que ver con el hecho de lograr una más y mejor articulación entre los prestadores públicos y privados. Esto tiene que ver con la denominación de sistema nacional, que es algo más que la suma de las partes. Entonces, ese esfuerzo de complementación, de buscar convenios de complementación, tiene la figura de los directores departamentales de salud, aspecto sustantivo que, además, involucra la participación de otros actores muy importantes, particularmente, los usuarios, a partir de distintos ámbitos que se crean en el departamento para que estos se involucren en lo que tiene que ver con los programas sanitarios y los grandes desafíos para mejorar la calidad de la atención.

En fin, este primer bloque –integrado por los artículos 140 y 141– propone que las direcciones departamentales de salud, que dependían de la Dirección General de la Salud, pasen a depender de la Dirección General de Coordinación, por entender que es el ámbito más adecuado para cumplir las atribuciones y competencias a las que hacíamos referencia.

El segundo bloque está conformado por el artículo 142, en el que se dispone una serie de reasignaciones presupuestales, que no implican nada más que eso: una redistribución de los distintos presupuestos que estaban vinculados con otras unidades ejecutoras porque a partir de esta decisión de que las direcciones departamentales de salud pasen a depender de la Dirección General de Coordinación, entre otras, corresponde un ordenamiento presupuestal que conlleva una reasignación de montos para dar prolijidad al funcionamiento de la administración.

Hay un tercer bloque –el artículo 143– que también ordena, en este caso, a los funcionarios, que a lo largo del tiempo fueron dependiendo de distintas unidades ejecutoras; hay un volumen muy importante de funcionarios que desempeñan distintas actividades pero que desde el punto de vista de su ubicación en el ámbito administrativo no están ligados a la unidad ejecutora correspondiente. Sin perjuicio de que existe un marco legal para hacerlo caso a caso, dado el volumen de funcionarios que

debemos ordenar, mediante este artículo nos estamos dando la posibilidad de hacerlo rápidamente para después volver al mecanismo habitual de la administración pública.

El cuarto bloque es el artículo 144, que se relaciona con las residencias médicas, particularmente con los jefes de residentes. Como saben, la figura de los residentes es muy importante, dado que permite que los médicos puedan formarse en la práctica cotidiana en los distintos efectores de todo el territorio nacional. En función de la Ley n.º 19301, de 26 de diciembre de 2014, para obtener el cargo de residente se exige como requisito haber obtenido el título de posgrado en la especialidad correspondiente. Quiere decir que el jefe de residentes debe tener el posgrado de la residencia a la cual estaba vinculado. Esto ha generado algunas dificultades, por cuanto hay una oferta laboral muy importante y los médicos que tienen el posgrado logran vincularse con actividades laborales cuya retribución es superior al del cargo de jefe de residentes. Hemos hecho llamados para ocupar esa jefatura pero no se han presentado justamente porque tienen otras actividades laborales mejor remuneradas. Entonces, en el artículo 144 se propone una flexibilidad de tal manera de que podamos lograr que se cubran estos cargos aun cuando estén cursando la residencia correspondiente.

El quinto bloque abarca los artículos 145 a 149 inclusive. De alguna forma, estos artículos promueven que todos los usuarios del sistema de salud que habiten en el territorio y estén vinculados a distintos prestadores –no se hace referencia a situaciones de emergencia en la que esté en riesgo la vida porque, en ese caso, no se puede negar la asistencia–, ante una situación de urgencia, tengan cobertura. Actualmente, cuando se genera una situación de urgencia en la que no hay un compromiso vital, si el prestador no tiene un convenio de complementación en ese lugar con los prestadores allí instalados, la personas que viven esa situación, eventualmente, tiene que trasladarse o pagar una consulta. Entendemos que la idea es que el Sistema Nacional Integrado de Salud resuelva ese tema y, por tanto, estos artículos plantean que ante situaciones de emergencia y también de urgencia cuando la persona se encuentra fuera del área de cobertura de su prestador, cualquier prestador integral próximo pueda asistirlo. Luego, mediante una cuenta corriente, la Junta Nacional de Salud que administra el seguro, se encargaría de realizar las compensaciones correspondientes a las instituciones que están comprometidas en ese proceso. Esto fue ampliamente discutido en la Junta Nacional de Salud en la que participan los distintos prestadores, los usuarios, los trabajadores y el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco de Previsión Social. Cabe señalar que este planteo fue consensuado con el conjunto de prestadores. Lo que aspiramos ahora es que la reglamentación que necesitará este proyecto de ley pueda establecer con precisión los mecanismos de intercambio económico, a partir de la definición de los precios de referencia de las distintas situaciones consideradas de urgencia. Entendemos que así se facilitaría el intercambio entre los prestadores e incluso entre los convenios de complementación. Seguramente esto dará pie para que los distintos prestadores, tanto públicos como privados, sigan profundizando en los convenios de complementación existentes y así se generen mecanismos que faciliten –ese es el objetivo del proyecto de ley– que los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tengan en cualquier lugar del territorio una atención oportuna en caso de que necesiten resolver problemas que no los pueden solucionar sin la presencia de un equipo de salud, el que se encontraría en el lugar más próximo a donde la persona esté. Se trata de un desafío que nos parece muy importante desde la propia concepción del Sistema Nacional Integrado de Salud y que, además, pondrá sobre la mesa el tema de los aranceles o precios de referencia de las distintas prestaciones. Nosotros venimos trabajando con los 43 prestadores integrales y nos parece que esto será de enorme significación porque, de alguna manera, estamos haciendo esfuerzos en materia de complementación de servicios en determinadas circunstancias. Cuando se dan situaciones de cierto oligopolio, se genera una relación compleja en materia de precios e intercambio de prestaciones, pero en la medida en que avancemos para que existan precios de referencia y que estos tengan que ver con la realidad asistencial de nuestro país, se optimizará el componente integral del sistema, sobre todo, lo que tiene que ver con la posibilidad de alcanzar mayores acuerdos, mayores complementaciones, sinergias y eficiencias en la calidad del gasto. Además, es importante porque, sobre todo, el usuario podrá contar con la atención de un prestador de salud en cualquier lugar del territorio, si atraviesa una situación de urgencia.

Los distintos artículos dan cuenta de una serie de definiciones, de cuál será el proceso y también de cómo se va a monitorear que dicho proceso se desarrolle adecuadamente. Hubo una serie de temas que fue ampliamente discutida con los prestadores y tiene que ver con que ese proceso de atención sea acorde a las necesidades de ese paciente, que no vaya más allá de las necesidades de la urgencia y que resuelva lo que sea necesario, pero que no se extralimite en los gastos. En definitiva,

todo esto tiene que ver con lo que es el proceso de atención y la complejidad de poner sobre la mesa la necesidad de establecer precios de referencia y aranceles. Me gustaría detenerme un poco en este aspecto porque, en realidad –lo hemos expresado en todas las oportunidades que hemos podido–, desde el Ministerio de Salud Pública no tenemos ninguna intención de inmiscuirnos en la microgestión de las instituciones; no es nuestra vocación. Por el contrario, aspiramos a que cada una de las instituciones, con su propia historia y sus características, pueda mejorar la gestión asistencial tomando iniciativas que logren, con los recursos de que disponen, responder adecuadamente a las necesidades de los usuarios.

Cabe destacar que el planteo de fijar aranceles y precios de referencia surge de los propios prestadores; no es una iniciativa que quiera imponer el Poder Ejecutivo sino que se pone sobre la mesa porque es una necesidad para poder evitar que haya competencia desleal o que existan dificultades en el intercambio de las prestaciones, dentro de una filosofía que tiene como trasfondo el objetivo de utilizar racionalmente los recursos que nuestro país tiene. Lo cierto es que los recursos son muchos, tanto en materia de infraestructura como de tecnología, de equipamiento o de recursos humanos, pero están librados a una exclusiva lógica de competencia y si no hay un estímulo para la complementación o la sinergia, si no se busca la utilización más racional de los gastos, se pueden generar costos innecesarios que de alguna manera los terminará pagando la población, tal como siempre sucede. Justamente, con esto damos una clara y madura señal –que, además, fue consensuada entre todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud– a los efectos de avanzar e ir definiendo precios de referencia para las distintas prestaciones. En el día de mañana realizaremos una presentación de lo que hemos denominado mapa sanitario, con el que se pretende establecer algo así como por capas y a lo largo del territorio todo lo que existe en el país en materia de equipamiento, de tecnología y de recursos de todo tipo y color. El principal objetivo de nuestro equipo en el Ministerio es que estos recursos sean cada vez mejor distribuidos en todo el territorio y que no estén exageradamente concentrados en la zona metropolitana, fenómeno que durante muchísimos años se ha venido consolidando. A la hora de pensar en nuevos emprendimientos y desarrollos, en ampliación de instituciones o en nuevos edificios queremos contar con una referencia de qué es lo que ya hay en existencia para ver la pertinencia de un nuevo emprendimiento y, si no es posible llevarlo a cabo, a fin de buscar la racionalidad y la eficiencia, tendremos que utilizar más racionalmente los recursos ya existentes. Ese mapa sanitario nos permitirá ver por capas todo lo que el país tiene, muchas veces con ciertas superposiciones en algunas áreas –hay que decirlo– y con falencias en otras. Por lo tanto, a la hora de tomar decisiones para ver dónde desarrollar nuevos emprendimientos contaremos con una referencia que nos permitirá ser lo más racionales posibles, en aras de utilizar más adecuadamente los recursos y que la accesibilidad a los usuarios del sistema de salud tenga como base las necesidades sanitarias y no exclusivamente las propias y lógicas inquietudes de desarrollos institucionales propios que, como es obvio, pueden generarse dentro de un escenario de competencia.

Este bloque de artículos tiene para nosotros una enorme significación porque acercaría a todos los usuarios del sistema de salud, no solamente en situaciones de vida o muerte o ya contempladas sino también en otros casos de urgencia no contemplados en esa categoría, a cualquier prestador tanto público como privado que esté próximo a donde se encuentre para resolver su situación y poder atenderse. Seguramente a muchos de los aquí presentes nos ha pasado de tener una situación de urgencia cuando estamos fuera de la influencia de nuestro prestador –sobre todo, si no es en el interior, donde tanto la Federación Médica del Interior como ASSE tienen un amplio desarrollo– y tener ciertas dificultades a la hora de que se nos brinde atención, ya sea a algún miembro de nuestro núcleo familiar o a nosotros mismos.

Este es el objetivo de este conjunto de diez artículos y quedamos a las órdenes de los señores senadores para despejar alguna duda que deseen plantear.

SEÑOR BORDABERRY.- Damos la bienvenida al señor ministro y a todo su equipo.

Voy a hacer referencia a un informe elaborado por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto sobre planificación y evaluación y el cumplimiento del plan estratégico.

Cuando uno analiza los distintos cumplimientos registrados por el Ministerio de Salud Pública advierte que el incumplimiento parece no ser malo, pues solamente incumplió con el 26 % de las metas

que se fijó. Ahora bien, cuando profundiza en el tema, ve que solo cumplió con el 30 % y que, en el 43 %, en realidad, el plan estratégico no tiene metas. Nos llamó mucho la atención que, según el informe de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el 43 % del plan estratégico del Ministerio de Salud Pública carezca de metas.

Cuando abrimos las distintas direcciones que existen nos encontramos que, por ejemplo, la Dirección General de Coordinación –de reciente creación– cumplió con el 100 % de lo que se había fijado, lo cual está bueno, pero que en la Dirección General de la Salud, el 82,4 % no tiene meta en ese plan estratégico. O sea que faltan metas e indicadores al 82,4 % e incumplió con el 8,8 %. Reitero que estos son datos proporcionados por la OPP. Obviamente que sin un plan estratégico y sin indicadores es muy difícil trabajar. No sé qué pasó aquí; tal vez las autoridades del Ministerio nos lo puedan explicar, dado que escuchamos una sola campana que es la de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Realmente es muy fuerte que se diga que no existe plan estratégico ni indicadores en el 82,4 % de la Dirección General de la Salud.

Luego se señala que el 28 % no tiene metas.

Algo similar ocurre en la Junta Nacional de Salud que solamente cumplió el 19 % e incumplió el 23 % y el 57 % está sin planificación.

Nos resulta muy difícil entender el cumplimiento de los distintos planes si no tenemos los indicadores o si la OPP nos dice que no nos puede informar porque a ellos tampoco se les dio la información.

Podría seguir con la enumeración –aunque no es mi intención ser tan detallista– pero, para no tirar todas las pálidas, hablemos de algunas buenas. Por ejemplo, la Dirección General de Secretaría cumplió con el 62 % e incumplió con el 20 %; el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos cumplió con el 24 % e incumplió con el 58 % pero, por lo menos tiene un 80 % fijado. Luego podremos ver lo que cumplió o no. Y ya hablamos de la Dirección General de Coordinación que cumplió con el 100 %. O sea que se puede; si la Dirección General de Coordinación planifica el 100 % y cumple con el 100 %, se puede. Entonces, no entendemos por qué unos adentro del Ministerio pueden y otros no y les bajan el promedio.

A continuación, pasaremos a analizar el articulado.

Sobre la Dirección General de Coordinación no vamos a hablar porque ya hicimos conocer nuestra posición en el momento en que se creó. Aquí hay solamente un cambio por el que se le agregan determinadas funciones.

Me gustaría, sí, que nuestros invitados profundizaran en la transferencia a la Dirección General de Coordinación de las competencias de las Direcciones Departamentales de Salud. Esto parece ir en sentido contrario a la descentralización, aunque no necesariamente es así. Quizás se busque una mayor coordinación sin perder descentralización, pero sería bueno que se aclarara este tema, que es siempre preocupante, en especial para quienes viven en el interior del país. Por suerte –y tengo que felicitar al Ministerio– ahora tenemos un IMAE en Salto. El señor ministro recordará que discutimos bastante sobre el tema en febrero, pero al final se revió la posición, a pesar de la capacidad ociosa que había en Montevideo, de manera que nos alegramos mucho.

Por otro lado, me parece muy bueno el avance en el Sistema Nacional Integrado de Salud que se consagra en los artículos 145 y siguientes, pero se limita a los habitantes residentes. Entonces, ¿qué pasa con los habitantes no residentes que por casualidad se encuentran en la vuelta y tienen una emergencia? ¿Se piensa en incorporarlos en el día de mañana? Insisto en que me parece un avance muy bueno, que está bien pensado y va en el camino correcto, pero uno siempre pide un poquito más.

SEÑOR MINISTRO.- Lo primero que queremos comentar es que apenas asumieron estas autoridades del Ministerio, definimos seis grandes objetivos estratégicos y, de alguna manera, venimos trabajando con el timón –más allá de los temas de contingencia– a los efectos de no perder el rumbo. El área del

sector salud es particularmente compleja y no se puede trabajar sin estrategia y sin metas, pero queda claro que algunas de las metas que tienen que ver con las políticas sanitarias no son de carácter anual.

Nosotros hemos definido dentro de los objetivos estratégicos, por ejemplo, algo que para cualquier ministerio de salud es clave: cuál es su política en materia de plan de salud. ¿Cuál es su plan de salud? ¿Cuáles son los verdaderos problemas que tiene el país desde el punto de vista sanitario, aquellos en los cuales se juega buena parte del objetivo de mejorar los indicadores de salud? Con ese fin trabajamos en la generación de un equipo académico, en el que participaron más de 150 técnicos y que definió 15 grandes problemas que tiene el país; estamos hablando de lo que denominamos «objetivos sanitarios nacionales». Muchos de esos problemas no son exclusivamente responsabilidad del sector salud, sino que requieren políticas públicas intersectoriales. Pero el Ministerio tiene la responsabilidad de fijarse metas. Nosotros nos planteamos una meta quinquenal para resolver esos problemas desde el punto de vista sanitario. De manera que, naturalmente, cuando se hace un análisis año por año, esto no queda reflejado. Lo que les quiero transmitir es que no se trata de que no haya una planificación con respecto a estos problemas o una meta en la Dirección General de la Salud, sino que esto está planteado para el quinquenio porque son temas de tal complejidad y magnitud que no se pueden resolver en el corto plazo. Si hablamos, por ejemplo, del embarazo no deseado, de los problemas vinculados a la niñez en general, o de los problemas de las enfermedades no trasmisibles –la gran carga de enfermedad de nuestro país–, en términos de política sanitaria no podemos pensar en resolverlos de forma anual. Sí podemos hablar de cómo estamos trabajando para llegar al quinquenio con la posibilidad de tener cierta capacidad de éxito en algunos de estos temas; después hay que rendir cuentas. Justamente, somos defensores de fijar metas y objetivos sabiendo que después hay que rendir cuentas. A veces es más fácil no plantearse metas y objetivos, pero estamos convencidos de que una organización seria debe hacerlo y rendir cuentas después.

Justamente, en la Dirección General de Salud aparece un gran capítulo vinculado a los objetivos sanitarios para los que hay un plan quinquenal, con metas también quinquenales, por lo que no aparecen reflejadas en el análisis anual. Esto no quiere decir que no haya planificación ni metas, sino simplemente que la medición está pensada en términos quinquenales por la magnitud de los problemas. Inclusive, si utilizáramos un carácter estrictamente técnico diríamos que la resolución de muchos de ellos va a llevar bastante más de cinco años, porque hay determinantes sociales y requieren la aplicación de políticas intersectoriales. Estamos hablando, por ejemplo, de la accidentalidad, el suicidio, etcétera; para mover la aguja en cualquiera de estos temas no alcanza con un año, sino que hay que tener una estrategia, una política, fijarse metas y lograr un compromiso de los distintos actores que intervienen, inclusive de los propios prestadores de salud, para que interactúen con sus usuarios. Para incidir en estos problemas sanitarios los prestadores integrales de salud tienen responsabilidad con todos sus usuarios, y no solo respecto de los que consultan.

Por tanto, se requiere un fuerte involucramiento y un modelo de atención mucho más participativo en el sentido de salir a buscar a los usuarios y no estar exclusivamente a lo que genere su demanda. Por múltiples razones, la población que tiene más problemas no es la que más consulta. A veces aparecen otras situaciones que hacen que no se perciban como un problema y se vayan postergando, como los temas de violencia, los vinculados a enfermedades psiquiátricas, etcétera. De alguna manera los senadores conocen los quince grandes problemas sanitarios porque les dimos amplia difusión en su oportunidad y lo vamos a seguir haciendo, porque son los problemas que tiene nuestro país y requieren respuestas a corto, mediano y largo plazo, además de estrategias y la consolidación de políticas de Estado. Insisto: requieren políticas de Estado porque no se pueden lograr resultados si no hay suficiente consenso en la sociedad para abordarlos en forma sostenida y adecuada.

Con esto quiero decir que los grandes desafíos que tiene la Dirección General de Salud en materia de política sanitaria tienen que ver justamente con una planificación quinquenal y, por lo tanto, no quedan reflejados cuando se hace un análisis comparativo desde el punto de vista anual. Así fue planificado desde el origen en términos nacionales.

SEÑOR BORDABERRY.- La respuesta es parcial, porque si vamos a la siguiente información vemos que en algunos de los ítems –por ejemplo, mortalidad por cáncer en la población, con énfasis en las muertes prematuras– se aclara que no corresponde por estimación quinquenal; está bien, lo acepto. Sin embargo, en otros directamente se dice que no hay datos, o que no hay información; ahora, en los

que sí se cumple con los objetivos hay información. Entonces, lo que estamos reclamando –para poder estudiarlo– es por qué no están los datos. En algunos casos se dice que no corresponde por estimación quinquenal, pero en otros no es por esa razón. Hay casos en que la información da bien, como por ejemplo la disminución de la tasa de cesáreas –que tiene en 2015 tiene un valor de 60 y en 2016 de 58,40– y se brinda; está bien, lo tildamos. En realidad, para evaluar una gestión en base a resultados, dejemos fuera la estimación quinquenal y lo que está cumplido, pero pregunto por qué no está todo lo demás –reitero que no lo decimos nosotros sino la Oficina de Planeamiento y Presupuesto–, que es lo que nos permite conocer de primera mano cómo vamos.

SEÑOR MINISTRO.- Agradezco la pregunta porque nos permite seguir profundizando en los objetivos estratégicos del Ministerio.

Uno de los grandes desafíos que tiene cualquier gestión –particularmente una compleja como es la de salud– es el de los sistemas de información. De alguna manera nos hemos planteado como gran objetivo potenciar los sistemas de información, porque asumimos que el que tenemos instalado no tiene la robustez necesaria para tener toda la información adecuada.

Venimos trabajando con Agesic, que justamente el otro día cumplió diez años e hicimos una presentación acerca de los desafíos que tiene el Ministerio de Salud Pública en materia de sistemas de información. Cuando uno habla de esto, lo primero que piensa es en la historia clínica electrónica nacional, porque es una especie de referente que, de alguna manera, marca un antes y un después en lo que tiene que ver con la capacidad de intercambiar información y de evaluar calidad. En el mundo de hoy la calidad se evalúa haciendo auditorías de historia clínica y –como saben algunos de los que están acá, que son médicos– la que se lleva en papel no es sencilla.

Entonces, estamos en un proceso por el que en el 2018 vamos a tener interoperable una historia clínica electrónica nacional. Digo interoperable porque, en realidad, hay dos formatos de historia clínica que se han venido dando en las distintas instituciones. Hay algunas que ya la tienen fuertemente instalada y hay otras que están un poco más atrasadas, pero la idea es que sea interoperable. Hago esta referencia porque buena parte de la información que se requiere para algunos de los componentes de los objetivos sanitarios necesitan mejorar los sistemas de información de manera que se puedan expresar con mayor certeza y no con aproximaciones que no respondan a la realidad.

Sin embargo, los sistemas de información no se refieren exclusivamente a la historia clínica electrónica nacional. Hay un conjunto de datos que ingresan al Ministerio de Salud Pública por múltiples ventanillas que históricamente generaban ciertos compartimentos, muchas veces cerrados. Acá hay legisladores que conocen el Ministerio desde hace muchos años y saben que una de las características de estas organizaciones es que muchas veces hay cierta tendencia a funcionar en chacras, en las cuales hay dificultades de intercambio de información. Justamente, nosotros tenemos un gran desafío con Agesic para contar con un sistema de información más potente en todo lo que tiene que ver con política sanitaria, con economía de la salud, con vigilancia sanitaria, con productos, con servicios, etcétera, y por eso lo del mapa sanitario o lo de articular la información. Este sistema está en pleno desarrollo y nosotros podemos dar cuenta de en qué está cada uno de esos componentes del sistema de información, entre los cuales se encuentra, por ejemplo, todo lo que tiene que ver con la información de los recursos humanos y de los distintos sistemas de pago. Hay muchísima información, pero todo eso tiene niveles de desarrollo desiguales y estamos apuntando a consolidarlos –pensamos que algunos lo van a estar en el 2018 y otros van a llevar un tiempo más– para poder interactuar con otros organismos públicos.

Hoy ya tenemos información consolidada. Por ejemplo, cuando se habla de cáncer hay que tener en cuenta que hay una comisión que viene trabajando en el tema desde hace muchos años y que hay una historia clínica del cáncer que ya está instalada. En algunas áreas nuestro país tiene información de enorme potencia y en otras la estamos construyendo, porque históricamente adoleció de debilidad. Hoy no se puede gestionar sin información; hoy no se puede gestionar a balance terminado; hoy debemos tener un sistema de información potente que sea capaz de ir a tiempo real en la toma de decisiones. Además, debe tener planes y trabajar en base a proyectos. Por ejemplo, después de aquella comparecencia por el IMAE de Salto se presentó al Ministerio un proyecto concreto

que habilitó que se lo tomara en consideración. Nosotros tenemos que trabajar con la idea de que, en este proceso de lograr un Estado eficiente y un Ministerio de Salud Pública, no gordo, sino ágil –con un buen sistema de información y que las decisiones estén vinculadas a datos firmes, potentes, robustos–, hay un desarrollo desigual. Por eso estamos en el esfuerzo de ir consolidándolo en el tiempo para que, entre los grandes objetivos de la Dirección General de la Salud –que tiene que ver con la rectoría–, podamos contar con un sistema de información potente en todas las áreas y no solamente en algunas que, por la historia diversa que ha tenido el Ministerio a lo largo del tiempo, tienen mayor potencia.

El Ministerio de Salud Pública tiene una larga historia de más de 30 o 40 años de potencia en materia de vigilancia epidemiológica. Las enfermedades no nos sorprenden. No obstante, si nos enfrentamos a otro tipo de problemas tenemos debilidades; por eso hemos definido como un componente propio de los objetivos estratégicos la mejora de los sistemas de información para dar cuenta, con datos adecuados, de la realidad en la que nos encontramos.

Con respecto a las Direcciones Departamentales de Salud, estamos trasladando la dependencia de la Dirección General de Salud a la Dirección General de Coordinación. En realidad, estamos cambiando la dependencia de la unidad ejecutora. Lo estamos haciendo porque la función típica de la Dirección General de Coordinación es promover en todo el ámbito nacional el adecuado intercambio de datos entre los distintos actores que participan en cada uno de los territorios. Tal vez se pregunten por qué no lo hicimos desde el comienzo. Porque el tiempo que tuvimos para evaluarlo nos demuestra que dentro de la organización las Direcciones Departamentales de Salud funcionan más eficientemente si dependen de la Dirección General de Coordinación. Por eso lo que hace este artículo es modificar la dependencia de modo tal de responder a la práctica y a lo que nos ha demostrado el tiempo transcurrido.

Respondiendo a la pregunta realizada por el señor senador Bordaberry estamos utilizando la misma terminología de la Ley n.º 18211, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud, que hace referencia a residentes. Reitero que utilizamos la misma terminología y no quisimos modificarla, lo que no impide que las personas que circunstancialmente estén en el país y se encuentren vinculados a algún prestador puedan atenderse.

SEÑOR GARCÍA.- Les doy las buenas tardes al señor ministro y a todo su equipo.

Voy a formular dos o tres preguntas. En primer lugar me voy a referir al sistema de emergencia que se creó. Ahora hay una ley, pero recuerdo que hace muchos años existía un decreto en ese sentido; inclusive, soy socio de Impasa –actualmente el SMI– y me acuerdo de que atrás del recibo había un sello que decía que en caso de necesitar atención de urgencia o emergencia había que referirse y comunicarse antes de las 12 o 24 horas. La pregunta es qué diferencia hay en lo conceptual, en los contenidos, entre lo que ya estaba establecido por vía administrativa, es decir, por decreto, con este marco legal, sabiendo, obviamente, que la fortaleza la da este último.

Por otro lado, hace diez o quince días se aprobó la ley de salud mental –creo que lo fue por unanimidad en ambas cámaras– y destaco que en la última instancia, el tratamiento tanto en el Senado como en Diputados no llevó más de 24 horas, por lo que fue un trámite parlamentario bastante rápido. En esa oportunidad, nosotros adelantamos –en la Cámara de Representantes lo hizo el diputado Lema y en el Senado quien habla– que entendíamos que para que esta ley tuviera aplicación, iba a ser indispensable que se previeran los recursos necesarios para que, como aprendí de un intelectual muy importante del país, la ley no se transforme en un progreso manuscrito, es decir, que haya un adelanto en el papel pero no en la vía de los hechos. En la ley hay una cantidad de artículos referidos a distintas cosas que notoriamente van a requerir de recursos. Me refiero a la elaboración del plan de salud mental, la formación profesional, los equipos interdisciplinarios, las redes territoriales, la capacitación de recursos humanos, etcétera. Hay una cantidad de elementos que transcurren por toda la ley que notoriamente van a requerir un soporte económico que no fue previsto en la Ley de Presupuesto; seguramente el proyecto fue elaborado antes de la aprobación de la ley de salud mental. Pero ahora tenemos un proyecto de rendición de cuentas y una ley de salud mental. Entonces, si bien no sabemos qué cantidad de recursos se deberían destinar –eso lo sabe el Ministerio–, nos parece que este es el momento adecuado para establecer los montos adecuados para que la ley efectivamente sea un progreso real y no solo manuscrito. Por nuestra parte, además de formular la

pregunta, adelanto la disposición del Partido Nacional a respaldar los recursos que el Ministerio entienda son necesarios para que la ley efectivamente se ponga en práctica en su plenitud.

Un tercer tema –y cambio de asunto en forma radical, pero entiendo que esta es una instancia propicia para eso– tiene que ver con algo que al Partido Nacional en su conjunto, y a nosotros en particular, nos ha llevado a trabajar mucho durante varios años. Me refiero a la vacuna contra el HPV, tema en el que afortunadamente, después de muchos años de trabajo, hemos coincidido con el ministerio en cuanto a la necesidad de que sea obligatoria para las niñas y adolescentes. Nos llevó años, pero coincidimos.

En el 2016 el ministerio anunció que este año se iban a comprar 200.000 dosis. Según información oficial, de abril de 2013 al 2015 se vacunaron casi 22.500 mujeres, de las que poco más de la mitad, el 53 %, completó las tres dosis. Si lo desglosamos por año –la última información de que dispongo es hasta agosto del año pasado–, vemos que la caída de la vacunación fue abrupta: en el 2014 se dieron 15.371 dosis, en el 2015, 10.539 y hasta agosto del año pasado, 2800. En consecuencia, quisiera saber si se dispone de la información respecto a cuántas niñas se vacunaron este año, dado que ya cursamos prácticamente las dos terceras partes del 2017, y también por qué no se concretan las campañas de información. Todos sabemos que no hay mucha información al respecto, sobre todo teniendo en cuenta que durante muchos años se puso en duda la eficacia de la vacuna. Ahora que todos coincidimos, o se ha generado una gran coincidencia en cuanto a la obligación, nos gustaría saber por qué no hay campañas que permitan cortar esta pendiente descendiente de vacunación. Además –esto está directamente vinculado a esta reunión–, ¿cuáles son los recursos que se prevén? Si en algo se requieren recursos es para estas campañas de información y difusión. En definitiva, en este caso se trata de campañas de formación en la materia.

Estamos muy preocupados para que se pueda concretar la vacunación mediante este instrumento que es fantástico –junto a otros– en la lucha contra el cáncer de cuello de útero. Y, asimismo, quiero preguntarles si esta instancia les puede servir para recoger información y ayudar a que se pueda concretar esta decisión en materia de políticas de salud pública respecto al HPV.

SEÑOR MINISTRO.- Ciertamente, las distintas instituciones, los diferentes prestadores integrales, tanto el público como las instituciones prestadoras de asistencia médica colectiva, e incluso los seguros privados, tienen –cada uno de ellos– distintas políticas, distintos convenios a los efectos de lograr que esos usuarios puedan, en caso de estar fuera del área de influencia en el departamento donde están formalmente vinculados, tener alguna referencia, algún número telefónico, algún mecanismo para concretar una consulta.

Además, en estos diez años desde la reforma hemos promovido distintos convenios entre las instituciones para lograr que la integralidad se vaya consolidando en todo el territorio nacional, y se ha avanzado mucho al respecto. Incluso, algunos prestadores privados han desarrollado convenios con el prestador público y este los atiende cuando así lo necesitan. Pero de alguna manera no está consolidado en un marco legal para todos los prestadores integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud. Eso ha venido quedando librado a las iniciativas de los prestadores, pero nosotros creemos que el centro es el usuario. Independientemente de que el prestador al cual esté vinculado el usuario tenga la voluntad, o haya tenido la iniciativa, de buscar alternativas para la atención en todo el territorio nacional, considero que el sistema se la tiene que ofrecer. Es parte de nuestra responsabilidad generar los instrumentos, en este caso el marco legal correspondiente, para no dejar ningún lugar a dudas acerca de cuál es la manera de desarrollarlo.

Por otro lado, cuando se entre en la letra fina de lo que va a ser la reglamentación de la ley –que va a tener que entrar en detalle en todos esos aspectos–, se establecerá cómo serán los copagos que se tengan que hacer y cuál será el mecanismo de financiamiento que corresponda cuando se atienda con otro prestador que no sea el propio. Todo eso tiene que estar claramente establecido y no puede quedar librado a las iniciativas de cada uno de los prestadores. Este proyecto, de alguna forma, tiene la característica de que va a generar una obligatoriedad consensuada, con acuerdos de todos, de tal manera que cualquier usuario residente en el país o que se encuentre circunstancialmente en él, en caso de necesidad pueda atenderse y haya mecanismos instrumentados, con protocolos, para que el problema que motiva la consulta de alguna forma sea resuelto en tiempo y forma y no quede librado a

convenios preexistentes o acuerdos que puedan haberse generado. También en esto hay una larga historia de acuerdos y desacuerdos; hay instituciones que llegan a acuerdos en determinado momento, pero después, por distintas circunstancias de la vida, los dejan sin efecto. Nos parece que en este proceso de profundización del sistema de salud eso merece un marco legal que dé totales garantías a los usuarios, cualquiera sea el prestador que hayan elegido. Eso, de alguna manera, nos va a obligar en el decreto reglamentario a bajar a tierra todos estos temas, a definir con precisión el costo, porque el mecanismo ya está establecido. Este es un mecanismo que va a asumir la Junta Nacional de Salud, puesto que está incluido en el articulado, de modo que una comisión vaya monitoreando y generando los intercambios de recursos para dar cuenta de que no haya ningún fenómeno que no esté previsto. Incluso, cuando se dan determinadas situaciones en las que no haya coincidencia también está determinada la forma en que tienen que laudarse.

Con respecto a la segunda pregunta sobre el tema de salud mental, podemos decir que ya estamos trabajando en la reglamentación. Obviamente, esa es nuestra responsabilidad y ya hemos abordado lo relativo al plan de salud mental. Dicho plan tiene varios objetivos; uno de ellos es el más sustantivo y tiene que ver con modificar un modelo hegemónico muy consolidado, histórica y culturalmente asentado. De alguna forma hoy no resiste la evidencia científica en el mundo para el tratamiento de la salud mental, y por eso se trata de que las distintas estructuras asistenciales que atienden a los pacientes que requieran internación por problemas de salud mental procedan a internar en unidades polivalentes y no en las que están exclusivamente vinculadas con las patologías psiquiátricas, como clínicas, hospitales y sanatorios psiquiátricos. Quiere decir que el mundo no va en la dirección de estigmatizar al paciente psiquiátrico y alejarlo del proceso de atención en general. En realidad, la tendencia es que haya unidades dentro de los hospitales generales y sanatorios que atiendan en esas estructuras a los pacientes, tratando incluso de que los períodos de internación sean lo más breves posible. Se está dando un cambio cultural fenomenal en las sociedades modernas que apunta a insertar en ellas a las personas que circunstancialmente puedan tener problemas psiquiátricos, de modo de facilitar la convivencia con el resto de la sociedad, ya que eso forma parte de la diversidad y la idea es no marginarlos, discriminarlos o aislarlos. Justamente, eso implica instrumentar unidades asistenciales que no son de internación, que pueden ser, por ejemplo, hogares diurnos pensados para el acompañamiento. Nuestro país ha venido desarrollando esa política y el plan de salud mental va a insistir en eso, transformando los recursos que se destinan a las áreas tradicionales de la atención propiamente psiquiátrica en este tipo de estructuras que logren un acompañamiento durante el proceso de rehabilitación. Nosotros estamos trabajando con el conjunto de prestadores para que vayan previendo este proceso de transformación y cambios, y esto se ve en un momento en el que el mundo está realizando cambios trascendentales, no solo en lo que tiene que ver con posibilidades terapéuticas, sino también con los aspectos vinculados a la infraestructura. Hoy en día se utilizan cada vez menos camas asistenciales y hay cada vez más procedimientos que se realizan en domicilio, en el día, evitando la complejidad de largas internaciones. Por lo tanto, de alguna manera, las actuales estructuras asistenciales tienen que ir generando espacios dentro de los actuales hospitales y sanatorios para crear estas unidades y atender los casos agudos que requieren internación. Esto evitará que haya que trasladar exclusivamente al subsector público lo que tiene que ver con la atención psiquiátrica que hoy está muy concentrada en el área pública. El sector privado tiene que ver cómo va resolviendo estos problemas. En este sentido, la formación y capacitación de todo el equipo de salud para lo que tiene que ver con la patología psiquiátrica nos motiva para generar distintos intercambios con la academia y con la formación de recursos, es decir, con las diversas estructuras que forman recursos humanos. Tal como pasa en muchas áreas de la medicina, cuando uno piensa en una patología, también lo hace en el especialista casi en exclusividad. En realidad, en el mundo se apunta a cuál debería ser el papel del equipo básico de salud del primer nivel de atención y la continentación de estas patologías. Y eso, de alguna forma, requiere que la utilización del especialista sea más racional, que no todo paciente que presenta una sintomatología o una afección deba interpretarse, por ejemplo, como un problema de salud mental y que necesariamente el primer gesto sea agarrar una receta y pasarlo al especialista correspondiente. Incluyo las patologías vinculadas a la salud mental.

Es así que hay un esfuerzo muy importante que queremos acompañar en lo que tiene que ver con potenciar el primer nivel de atención, con el concepto justamente de equipo de salud, de médicos de familia o de medicina familiar, de manera de abordar todas las patologías pero, particularmente, aquellas que están vinculadas a la salud mental, muchas de las cuales pueden perfectamente resolverse con un oído atento, con tiempo, con dedicación, con la humanización necesaria del vínculo

paciente-equipo de salud, y no exclusivamente pensando en que se necesitan más especialistas, más medicamentos, más internación. Eso en ninguna parte del mundo es igual a calidad de atención.

Estamos en un proceso donde hemos conformado un equipo que estuvo trabajando sobre el marco legal de este tema. Al respecto quiero anunciar acá que queremos dar la mayor participación a todos los técnicos, incluso, a aquellos actores que estén interesados en participar en la reglamentación de la ley, de manera de hacer un correcto acompañamiento en este proceso de enorme significación para la política pública en materia de salud del país. Todos sabemos que las cosas no se arreglan, como decía el senador, con marcos legales, pero pudimos resolver un tema que desde 1936 y 1948 no se había modificado en este país, y el Parlamento lo hizo. Por tanto, ahora el Poder Ejecutivo tiene que estar a la altura para hacer una reglamentación que dé cuenta de un proceso que permita las transformaciones necesarias, algunas de ellas desde el punto de vista cultural y de la concepción del equipo de salud, como también del propio gerenciamiento de las instituciones sanitarias, a los efectos de que ese proceso a través del tiempo se vaya consolidando.

Como hemos dicho, estamos convencidos de que tenemos el enorme desafío de mejorar el gasto en materia de salud y para eso tenemos un margen, siendo estrictos en el control del gasto en esta materia, para que se oriente en la dirección correcta, justamente, de forma tal que se eviten gastos y estructuras innecesarios, potenciando el primer nivel de atención, el equipo básico y el trabajo interdisciplinario. Inclusive, en los últimos tiempos, convenios salariales mediante, hemos trabajado en incorporar una partida variable que se paga o no se paga a los trabajadores de la salud. En este caso, estamos hablando del sector privado pero, de alguna forma, lo está haciendo el prestador público. Esto tiene que ver con la generación de una actividad de capacitación. En esta oportunidad estamos hablando de una capacitación no presencial, a distancia, utilizando *software* libre. Todos estos aspectos no compiten entre sí, sino que se suman a los esfuerzos que se hacen a nivel de la academia, de los colegios médicos, de las sociedades científicas, de los gremios, todo lo cual de alguna manera apunta a los problemas que tienen que ver con los aspectos estructurales de la conformación del sistema.

Por lo tanto, sin perjuicio de la importancia que significan los aspectos formales, estamos trabajando justamente con la formación, la capacitación y el involucramiento del equipo de salud y también de los usuarios, tratando de ser más eficientes con los recursos actuales. Si en algún momento precisamos más recursos, encontraremos la forma de que no los siga poniendo la sociedad sino de que seamos capaces de reorientar los ya existentes. Hoy estamos gastando un 9 % del PIB en salud; es mucho dinero, así que tenemos que mejorar la gestión y ser más eficientes en su utilización. Hay muchas cosas que pueden mejorarse, hay mucho dinero que puede ser utilizado de manera más racional, y esa es nuestra principal tarea. No lo digo pensando en todo lo que hay sino, por el contrario, en las muchas cosas que hay por hacer; quedan muchos desafíos desde el punto de vista de prestaciones y medicamentos a incorporar y necesitamos administrar el funcionamiento del sistema en forma cada vez más eficiente. Por eso el sistema de información, por eso elevar la calidad de la atención, por eso dentro de poco vamos a incorporar a la página web indicadores que orienten a los usuarios sobre cuáles son aquellas instituciones que brindan mejor calidad de atención. De esa manera el usuario tendrá más elementos para elegir su prestador de salud. También estarán señalizadas aquellas instituciones que tienen buenas prácticas de forma de estimular aquellas otras que tienen que lograr mejores resultados, empujando a una sana competencia entre los prestadores, porque la competencia es buena. Tenemos que generar las condiciones apropiadas para lograr mayor eficiencia desde el punto de vista asistencial y resolver los problemas que tiene la población sin necesidad de pensar en que la sociedad tenga que necesariamente poner más dinero. El dinero tiene que estar mejor orientado a responder adecuadamente a las necesidades, y vaya que en materia de salud mental tenemos muchos desafíos por hacer y estamos empeñados –reitero– en elaborar una reglamentación de esta ley que logre los mayores consensos posibles. Ese es nuestro desafío, porque en materia de salud si no hay suficientes consensos, las grandes transformaciones no pueden desarrollarse adecuadamente.

Para responder a la tercera pregunta realizada por el señor senador, voy a solicitar se ceda el uso de la palabra al señor director general de la salud.

SEÑOR QUIAN.- No traje los gráficos de la cantidad de vacunas administradas –acabo de pedirlos y me los están pasando– porque no sabía que este tema específico iba a ser planteado aquí, pero es

con muchísimo gusto que recibo la pregunta del señor senador porque precisamente en estos días el Ministerio de Salud Pública está muy preocupado por el tema de la inmunización en virtud de la larga tradición que tiene –que excede a estas administraciones– de buena cobertura de vacunación y de estar libre de muchas enfermedades evitables por vacunas desde hace muchísimos años. Si me permiten una referencia personal, en el escritorio del director general de la salud hay una lámina de la OPS en la que declara al Uruguay libre de sarampión, rubeola y rubeola congénita desde el año 2000; las Américas estaban libres de estas enfermedades desde hace muchos años. En estos días hemos tenido que comunicar a la población nuestra preocupación por la cantidad de casos de sarampión que hay en Europa –en Francia, Italia, y Rumania hay miles de casos con personas fallecidas–, del brote de sarampión en Estados Unidos y últimamente también en Venezuela, sabiendo que estas enfermedades pueden trasmitirse rápidamente; alguien que esté incubando sarampión puede tomar un avión en Europa, llegar al Uruguay en doce horas y trasmitir esta enfermedad a nuestros niños que no estén vacunados. Comienzo por esto porque en el mundo –y también en Uruguay– existe una fuerte campaña antivacunas que si bien tiene muchas explicaciones, no las voy a exponer ahora porque insumiría mucho tiempo y no quiero aburrir a los señores senadores. Esa campaña está empezando a afectar nuestro país.

El señor senador García decía que por suerte estamos en concordancia con la vacuna del HPV, que es el objeto de su pregunta. Debo decir que siempre estuve en concordancia, en la medida en que aparecieron las informaciones científicas que avalaban su utilidad. Quiero recordar que esta vacuna se comienza a utilizar en 2005 o 2006 en Estados Unidos y en algún otro país desarrollado y que la información sobre su utilidad se fue incorporando progresivamente en dos aspectos. Por un lado, con la vacuna de HPV –con las dos que había y la tercera que existe ahora– se comenzó a demostrar la disminución de la circulación del virus del papiloma humano en las niñas que habían sido vacunadas. Por otro lado, se comenzó a ver una disminución de las lesiones precancerosas en aquellas niñas que empezaron a tener más de 8, 10 o 12 años de vacunadas. Si bien esta vacuna está destinada a la disminución del virus del papiloma humano que es la enfermedad de trasmisión sexual más frecuente en el mundo, también está destinada a prevenir algo 30 o 40 años después, como es el cáncer de cuello uterino, así como otros cánceres relacionados con el HPV.

¿Qué ha pasado en Uruguay con esta vacuna? Los señores senadores sabrán que la ley de vacunas obligatorias no comprende las nuevas vacunas y solo abarcaba las de la primera infancia. Progresivamente hemos incorporado otras vacunas como la de tos convulsa a los 12 años por las razones conocidas, así como la del HPV. Es, justamente, a partir de esta última que surgen los movimientos antivacunas habituales que se dan por distintas razones como ser religiosas, por creer que no tiene utilidad o por la fuerte campaña que existe contra la industria farmacéutica por distintas razones. Es así que en Uruguay –y lamentablemente también en el mundo– la cobertura de HPV es muy baja. Nosotros estamos profundamente preocupados porque pensamos que con esta vacuna se puede disminuir la muerte de mujeres por cáncer de cuello uterino. Quiero recordar que hay alrededor de 350 casos de mujeres con cáncer de cuello uterino en Uruguay por año y que mueren alrededor de 160 por esta enfermedad. Además, está demostrado que el 99 % de los cánceres de cuello uterino están relacionados con el HPV. Por ello, sentimos una profunda preocupación y queremos mejorar la cobertura de esta vacuna.

Quisiera darle algún dato concreto al señor senador y perdone que no le proporcione más en estos momentos, pero con mucho gusto se los podemos enviar desde el ministerio. La población objetiva del año 2004 correspondía a 25.413 niñas; la primera dosis se la dio el 56 % y la segunda, el 42 %. Si me preguntan si estoy satisfecho con esta cobertura, diré que no; es más, estoy profundamente preocupado; sin embargo, es un buen porcentaje si lo comparamos con el que se da en el mundo. Debemos reconocer que hay países en los que se alcanzan cifras mucho más altas, pero también es cierto que muchos países desarrollados no alcanzan las cifras del nuestro y el movimiento antivacunas ha hecho que se estén produciendo otras enfermedades en el mundo, y vuelvo a reiterar el caso del sarampión.

¿Qué estrategias estamos tratando de emplear para modificar la cobertura de estas vacunas? Diría que esquemáticamente son tres y la primera de ellas tiene que ver con la transmisión de información, para lo cual pido ayuda a todos los señores senadores –sobre todo a los que son médicos y saben de la utilidad de esta vacuna– para evitar una enfermedad que se puede prevenir con vacunas. En realidad, es una labor de todos porque –voy a reiterar las palabras del señor ministro– no es una

tarea exclusivamente del Ministerio de Salud Pública sino de la academia, de los que saben del tema aunque no estén en ella y me refiero a los compañeros médicos que están en el Senado.

Una segunda estrategia que quisimos empezar a implementar fue la vacunación en las escuelas y elegimos aquellas de contexto crítico porque allí están las niñas que en el futuro se harán menos estudios de Papanicolau, ya que no tendrán la educación suficiente como para saber de su importancia. Cabe aclarar que cuando vamos a las escuelas es necesario montar una estrategia, aunque obviamente contamos con la autorización –no está de más decirlo– de las autoridades de la educación para hacerlo. Lo primero es tener una charla con las maestras para convencerlas de la importancia de esto. En segundo lugar, se requiere de una autorización por escrito, un consentimiento informado de los padres para que permitan vacunar a sus hijas en la escuela. Por último, es necesario ir con las vacunas a la escuela, pero eso significa mantener la necesaria cadena de frío y llevar el vacunatorio hasta el lugar, todo lo cual –tal como ha quedado demostrado en el resto del mundo– es una estrategia de mala calidad. Quizás sirve, fundamentalmente, para lo que es la comunicación; el ministerio va a vacunar a las niñas a las escuelas porque está preocupado por la salud de la población y lo hace de la manera más eficientemente posible.

Hay una tercera estrategia que estamos desarrollando e implantaremos a partir del próximo período lectivo. Como ustedes saben, para poder asistir al jardín de infantes o a la escuela se pide el carné de vacunas, así que vamos a lograr que las autoridades de secundaria también lo soliciten para ingresar al liceo.

Permítanme agregar que estamos tan preocupados por este tema de las inmunizaciones que desde nuestra cartera invitamos a todos los que quieran concurrir el día 5 de octubre, a partir de las nueve de la mañana en el salón de actos del ministerio, porque habrá un seminario con toda la colectividad médica y los usuarios. Será un seminario de tres horas para hablar sobre la importancia de las inmunizaciones en el país, que está destinado, sobre todo, a lograr que quienes se oponen a las vacunas puedan demostrar el por qué con información científica. Tenemos como norma respetar mucho a las personas, pero a la vez combatir las ideas que consideramos equivocadas, y quienes se oponen a las vacunas tienen lo que se llama una ignorancia científica.

En definitiva, los estamos invitando para que puedan comprobar la preocupación de este ministerio y cabe aclarar que esto ya estaba planeado desde antes. Reitero que el 5 de octubre los esperamos a partir de las nueve de la mañana, en el salón de actos del ministerio, para hablar de estos temas que nos preocupan a todos.

Muchas gracias.

SEÑOR GARCÍA.- Con respecto a este tema y desde la coincidencia quiero decir que, sobre todo con esta vacuna en particular –basta con ver las redes– es verdad que existe una campaña, opiniones o circulación de información que en su gran mayoría es de muy baja calidad académica o científica. La única forma de enfrentar estas cosas es con información de calidad. ¡No hay otra posibilidad!

Creo que muchas veces la falta de información, la ignorancia de buena información o el no poder acceder a ella es campo fértil para que estas campañas –no somos quienes para adjudicar intenciones– existan. Insisto en que cuando no se accede a una buena información estas campañas pueden lograr mejores resultados. Justamente, reclamamos que las autoridades sanitarias –es decir, nuestros visitantes– asuman esta información que no existía. ¡Esa es la realidad! No sé si ello se debe a la falta de recursos –por eso lo planteo aquí, en la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda– pero si es así, me parece que no hay causa que tenga como finalidad más loable que aquella que lleva a defender la vida. Tengo conocimiento de mujeres que se mueren, en cantidad, una cada dos días en el Uruguay por cáncer de cuello de útero. El hecho de que haya 150 o 160 muertes representa que una mujer muere cada dos días y poco y cada vez más jóvenes. Digo esto, porque los estudios en el Uruguay muestran que empiezan a morir mujeres adolescentes por cáncer de cuello de útero.

Creo que ha faltado información de calidad porque, incluso, el debate que se dio desde el punto de vista de quienes compartíamos esto y la oposición que hubo de parte del propio Ministerio de Salud Pública, hace no mucho tiempo atrás –diría que en el período pasado–, llevó a que la opinión pública, los uruguayos, recibieran información oficial que, si bien con el tiempo fue variando, al principio era contraria a la obligatoriedad. Entonces, ahora hay que hacer un trabajo mucho más esforzado para que, desde las mismas instituciones que no recomendaban la obligatoriedad, ahora sí lo hagan. La idea es que digan que cambiaron de opinión por a, b y c. Esto es lo que estamos reclamando y es lo que está faltando, independientemente de todos los operadores de la salud, en sus distintos ámbitos, que pueden brindar información al respecto. La voz del Ministerio de Salud Pública es la autorizada –como lo es la de la academia– porque, justamente, al ser una institución que no compartía y ahora pasó a compartir, es mucho más valioso porque puede informar sobre su experiencia.

Quiero decir al señor ministro y al resto de las autoridades que lo acompañan en el día de hoy, sobre todo del ámbito de la salud, que es indispensable que exista una campaña de información de manera rápida y contundente –con datos que obviamente son veraces, porque los que abonan la necesidad de utilizar este instrumento, son muy fuertes– porque, de lo contrario, se estará perdiendo terreno y haciendo que la campañas de información negativa, que las hay aquí y en todo el mundo –basta ver las redes, como dijo el doctor Quian–, sean mucho más eficaces. Es más, estas no son campañas impulsadas solo desde el punto de vista religioso porque, en lo personal, he visto información de todo cariz, hasta ideológica, en oposición a este tipo de inmunización que, como dijo bien el doctor Quian, es un instrumento muy bueno en la lucha para salvar la vida de decenas y cientos de mujeres uruguayas. Si cuando hablamos del acceso a los derechos de la mujer no pensamos que este es un instrumento que le puede evitar la muerte, me parece muy negativo. De ahí, pues, nuestra pregunta. Pido que cuando dispongan de la información nos la envíen, pues este medio es mucho más rápido que hacer un pedido de informes.

Reiteramos, desde la coincidencia, nuestro reclamo de que el Ministerio de Salud Pública asuma este tema para no quedarnos en tan solo un anuncio. El año pasado se anunció pero, según deduzco de lo que se ha informado en sala, que la vacunación es muy baja.

También me gustaría consultar al señor ministro sobre un tema muy puntual, como fue lo ocurrido el fin de semana con respecto al «rescate» –dicho esto entre comillas– de un preso en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología. ¿Qué acciones está tomando el ministerio –quizás ya las tomó– como autoridad, como policía sanitaria y como superintendencia de los servicios de salud públicos y privados? Gracias a Dios el domingo no pasó nada, aunque podría haber pasado una desgracia terrible, tanto con el personal de salud, de seguridad y de servicio que trabaja en el lugar.

SEÑOR MINISTRO.- Nosotros estuvimos en contacto, justamente, con una instancia que se desarrolló en el día de ayer, pero que viene precedida de otras instancias anteriores, porque el tema de la atención de las personas privadas de libertad se viene manejando desde tiempo atrás. Incluso hay equipos sanitarios que trabajan en el tema. En el caso de este evento que tomó estado público y que generó enorme preocupación, se concretó esta instancia en el Ministerio del Interior con la participación de las autoridades de ASSE y del propio gremio de funcionarios, con el fin de plantear un plan de acción para resolver desde el punto de vista estructural el tema de los pacientes que requieren atención sanitaria fuera del ámbito carcelario. Está previsto que dentro de pocos meses exista una estructura propia para la atención de este tipo de pacientes, pero la idea es buscar una alternativa para que en el período que va desde el momento actual hasta que esa estructura asistencial esté consolidada, se puedan atender estas circunstancias evitando episodios como el que aconteció ayer.

El propio Ministro del Interior nos comentó que hay una serie de protocolos y en este momento se está monitoreando si en esta oportunidad se cumplieron. De manera que no es un tema que no haya sido planificado por el Ministerio del Interior. Además, reitero, está a punto de culminarse una obra desde el punto de vista edilicio que va a poder resolver la atención sanitaria de las personas privadas de libertad, de tal manera de dar las mayores garantías en materia de calidad de atención pero también de seguridad para este tipo de circunstancias que requieren traslados, movilizar recursos y cumplir con una serie de pasos que tienen que estar plenamente establecidos.

De manera que esta instancia que se generó en el día de ayer da cuenta de que se está trabajando para que estos episodios no se reiteren.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos muchísimo al señor ministro de Salud Pública y a su equipo por toda la información brindada y quedamos en contacto.

Se levanta la sesión.

(Son las 16:32).